

Factores de riesgo relacionados con el comportamiento en adultos con enfermedades crónicas en España

Behavioural risk factors in adults with chronic diseases in Spain

Cristina Ortiz¹  0000-0002-9049-5785

José L. Peñalvo¹  0000-0003-0096-6238

Iñaki Galán^{1,2}  0000-0003-0624-9993

¹Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid

Correspondencia

Iñaki Galán
igalan@isciii.es

Contribuciones de autoría

CO: Conceptualización, metodología, análisis de datos, elaboración del primer borrador y revisión del manuscrito.
IG: Conceptualización, diseño del estudio, metodología, elaboración del primer borrador y revisión del manuscrito.
JLP: Supervisión, edición y revisión crítica del manuscrito.

Agradecimientos

A todas las personas que trabajan para mejorar la Salud Pública.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación externa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Cita sugerida

Ortiz C, Peñalvo JL, Galán I. Factores de riesgo relacionados con el comportamiento en adultos con enfermedades crónicas en España. Boletín Epidemiológico Semanal. 2025;33(3):172-186. doi: 10.4321/s2173-92772025000300006

Resumen

Introducción: Describir la prevalencia de los principales factores de riesgo modificables en adultos con enfermedades crónicas en España.

Método: Los datos provienen de 67.451 individuos ≥ 15 años participantes en la Encuesta Nacional de Salud 2017 y Encuestas Europeas de Salud 2014 y 2020. Se estimaron prevalencias de consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de frutas y verduras, y actividad física en tiempo libre, en individuos con antecedentes de infarto de miocardio ($n=1.530$), ictus ($n=1.382$), diabetes ($n=6.309$), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, $n=2.831$), asma ($n=3.078$), y cáncer ($n=3.086$).

Resultados: El consumo actual de tabaco varió entre un 22,5% en personas con EPOC y el 13,4% con antecedentes de infarto. La mayor prevalencia de bebedores de alto riesgo se observó en la población con asma y EPOC (11,6 y 11,5%), y la menor en las personas con ictus (5,9%). El consumo <3 veces/día de fruta y/o verdura osciló entre el 61,8% en aquellos con asma y el 49,8% en personas con cáncer. Finalmente, la mayor prevalencia de sedentarismo en tiempo libre se observó en personas con historia de ictus (55,8%), y la menor en individuos con asma (41,8%).

Conclusiones: El estudio revela una alta prevalencia de factores de riesgo en individuos con enfermedades crónicas, con predominio del sedentarismo y consumo insuficiente de frutas y verduras. En el marco de la prevención secundaria y terciaria, estos resultados subrayan la necesidad de implementar estrategias de intervención que aborden de forma efectiva estos comportamientos con el objetivo mejorar el control de estas enfermedades.

Palabras clave: enfermedades crónicas; tabaco; alcohol; dieta; sedentarismo; prevención secundaria y terciaria;

Abstract

Introduction: To describe the prevalence of the main modifiable risk factors in adults with chronic diseases in Spain.

Method: Data come from 67,451 individuals aged ≥ 15 years participating in the National Health Survey 2017 and European Health Surveys 2014 and 2020. Prevalences of tobacco use, alcohol consumption, fruit and vegetable consumption, and leisure-time physical activity were estimated in individuals with a history of myocardial infarction ($n=1,530$), stroke ($n=1,382$), diabetes ($n=6,309$), chronic obstructive pulmonary disease (COPD, $n=2,831$), asthma ($n=3,078$), and cancer ($n=3,086$).

Results: Current tobacco use ranged from 22.5% in people with COPD to 13.4% with a history of heart attack. The highest prevalence of high-risk drinking was observed in the population with asthma and COPD (11.6% and 11.5%), and the lowest in people with stroke (5.9%). Consumption <3 times/day of fruit and/or vegetables ranged from 61.8% in those with asthma to 49.8% in people with cancer. Finally, the highest prevalence of leisure-time sedentary lifestyle was observed in people with a history of stroke (55.8%), and the lowest in individuals with asthma (41.8%).

Conclusions: The study reveals a high prevalence of risk factors in individuals with chronic diseases, with a predominance of sedentary lifestyles and insufficient fruit and vegetable consumption. In the framework of secondary and tertiary prevention, these results underline the need to implement intervention strategies that effectively address these behaviours to improve the control of these diseases.

Keywords: chronic diseases; tobacco; alcohol; diet; sedentarism; secondary and tertiary prevention;

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de morbilidad y mortalidad a tanto a nivel global como en España. En 2019 estas enfermedades fueron responsables a nivel mundial del 91% de la mortalidad total y la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad ¹. Los cuatro grupos de enfermedades con mayor impacto en la salud de la población son las enfermedades cardiovasculares, seguidas del cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes ¹.

Todas estas enfermedades comparten en mayor o menor grado varios factores de riesgo que incrementan la probabilidad de padecer alguna o varias de ellas. El consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, una dieta desequilibrada y no realizar suficiente actividad física, son los principales factores que contribuyen al desarrollo de estas enfermedades ². Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un tercio de las muertes por cáncer son debidas a estos cuatro factores de riesgo, y sugiere que se podrían evitar entre el 30% y el 50% de los cánceres reduciéndolos y aplicando estrategias preventivas basadas en la evidencia³. Solamente al tabaco se le atribuyen 15 tipos diferentes de cáncer, aumentando el riesgo de muerte hasta nueve veces en el caso de cáncer de pulmón ⁴. Respecto al consumo de alcohol, cada vez es mayor la evidencia que muestra que incluso niveles bajos de ingesta elevan el riesgo de cáncer de esófago, próstata, colorrectal y de mama, y que no hay un nivel seguro de consumo de alcohol en términos de riesgo de cáncer ⁵. Las dietas poco saludables y los comportamientos sedentarios también se han asociado con el desarrollo de ciertos tipos de cáncer ^{6,7}.

De forma similar ocurre con las enfermedades cardiovasculares. Según los estudios INTERHEART e INTERSTROKE, fumar, consumir alcohol de forma habitual, llevar una dieta desequilibrada y el sedentarismo tienen un impacto significativo en la incidencia de estas enfermedades ^{8,9}. A su vez, estos mismos comportamientos también han sido asociados al desarrollo de la diabetes tipo 2 ^{10,11}. En el caso de las enfermedades respiratorias crónicas el consumo tabaco es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), siendo responsable de más del 70% de los casos en los países desarrollados ¹². Sin embargo, el efecto del tabaco en la etiología del asma continua siendo materia de debate; hay estudios que muestran como el hábito tabáquico es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad ^{13,14}, especialmente en adultos con predisposición alérgica, mostrando una relación dosis-respuesta, mientras que otros no han encontrado dicha asociación ¹⁵.

Una vez instaurada la enfermedad, la evidencia científica respalda el control integral de estos factores de riesgo ya que ayudan a evitar nuevas complicaciones e incrementar la supervivencia, y también a mejorar la salud y la calidad de vida, convirtiéndose en una estrategia esencial en el manejo del paciente crónico. Por tanto, estos factores de riesgo no solo se enmarcan en una estrategia de prevención primaria, sino también secundaria y terciaria, es decir, tratando de evitar nuevos casos o complicaciones que conlleven una mayor discapacidad o incluso la mortalidad en estos enfermos crónicos.

El objetivo del estudio es describir la prevalencia de factores de riesgo asociados al comportamiento en las principales enfermedades crónicas en una muestra representativa de la población española.

MÉTODOS

Estudio transversal basado en los participantes ≥ 15 años de la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (EESE 2014) y 2020 (ENSE 2020) y la Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017) ^{16,17}. Estas encuestas comparten un diseño muestral multietápico estratificado, con idéntica metodología y cuestionarios armonizados. Las unidades de primera etapa son las secciones censales, agrupándose en estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenecen. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas para la muestra. Finalmente, dentro de cada hogar se selecciona a un adulto de 15 o más años a partir de las personas encuestables en la vivienda. El periodo de recogida de información se extiende a lo largo de un año para cada una de las encuestas, con el objetivo de recopilar datos que puedan estar afectados por la estacionalidad. La recogida de información se realiza principalmente a través de encuesta

personal asistida por ordenador (CAPI). La tasa de respuesta fue del 71,3% para la EESE 2014, y del 69,9% y 71,7% para la ENSE 2017 y la EESE 2020, respectivamente.

De la muestra inicial compuesta por 68.003 participantes, se excluyeron 552 individuos (0,8%) por falta de respuesta en alguna de las variables de interés, quedando una muestra para el análisis del estudio de 67.451 individuos.

VARIABLES DE ESTUDIO

Toda la información relativa a las variables de estudio fue obtenida mediante auto-reporte por parte de los participantes.

Enfermedades crónicas

A partir del módulo de estado de salud que recoge la información de personas con antecedentes de haber tenido alguna vez diferentes enfermedades crónicas diagnosticadas por un médico, se crean variables dicotómicas correspondientes a cada una de las siguientes enfermedades: infarto de miocardio, ictus, diabetes, EPOC, asma, y cáncer. En el caso del asma se tuvo en cuenta el asma activo, es decir, haber tenido esta enfermedad durante el último año.

Factores de riesgo

Consumo de tabaco. Los participantes fueron clasificados como fumadores, exfumadores y nunca fumadores.

Consumo de alcohol. Para definir esta variable se tuvo en cuenta en primer lugar, el consumo promedio de alcohol a partir de la frecuencia de consumo de 6 tipos de bebidas alcohólicas, asignando a los participantes en tres categorías: 1) no consumo ; 2) consumo promedio de bajo riesgo (≤ 20 g/día en hombres y ≤ 10 g/día en mujeres) y 3) consumo promedio de alto riesgo (> 20 g/día en hombres y > 10 g/día en mujeres), según las recomendaciones para España¹⁸. En segundo lugar, se tuvo en cuenta el consumo intensivo episódico de alcohol o “binge drinking” (BD) definido como el consumo de ≥ 6 bebidas alcohólicas (10 g de alcohol) para los hombres y ≥ 5 bebidas para las mujeres, en un periodo de tiempo de 4-6 horas. Teniendo en cuenta estas dos definiciones se clasificó a los individuos en: 1) no bebedores; 2) consumo promedio de bajo riesgo y no realizar BD en el último mes; 3) consumo promedio de alto riesgo y/o realizar BD en el último mes.

Consumo de fruta y verdura. A partir de las preguntas sobre la frecuencia de consumo de alimentos se clasificó a los individuos según su consumo promedio diario de frutas y verduras en 3 categorías: 1) consumir ≥ 5 veces/día; 2) ≥ 3 y < 5 veces/día y 3) < 3 veces/día.

Actividad física en tiempo libre. Esta variable se elabora a partir de la pregunta realizada en el cuestionario sobre la actividad física recogiendo cuatro categorías de respuesta: 1) realiza deporte o entrenamiento físico varias veces a la semana; 2) realiza actividad física varias veces al mes; 3) realiza alguna actividad física ocasionalmente; y 4) ocupa el tiempo libre casi completamente sedentario.

Índice de estilo de vida. Adicionalmente se creó un indicador de acumulación de factores de riesgo mediante la suma de puntuaciones en una escala cuantitativa, con una puntuación global que oscila entre 0 puntos (más saludable) y 12 puntos (menos saludable): consumo de tabaco (0: no fumador, 1: exfumador, 2: $> 0-14$ cig/día, 3: > 14 cig/día); consumo de alcohol (0: no bebedor, 1: bebedor de bajo riesgo, 2: bebedor de alto riesgo o realizar BD, 3: bebedor de alto riesgo y realizar BD); índice de calidad de la dieta basado en una adaptación del Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS)¹⁹ (0: ≥ 7 puntos, 1: 6 puntos, 2: 5 puntos, 3: 0-4 puntos); actividad física (0: realizar actividad física varias veces a la semana, 1: actividad física varias veces al mes, 2: alguna actividad física ocasionalmente, 3: casi completamente sedentario).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de los factores de riesgo y del índice de estilo de vida para la población adulta española en el periodo 2014-2020. Adicionalmente se calcularon las prevalencias de periodo crudas con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%) para estos mismos factores en la población con antecedentes de cada una de las enfermedades descritas anteriormente. En el caso de la EPOC solamente se tuvo en cuenta a los individuos de 40 o más años.

Además, para comparar con la población sin la enfermedad crónica correspondiente, se elaboraron modelos de regresión de Poisson para cada factor de riesgo considerado de forma dicotómica (sí/no): consumo actual de tabaco, bebedor de alto riesgo, consumo de fruta y verdura < 3 veces/día y sedentarismo. Dichos modelos se ajustaron por edad (lineal y cuadrática), sexo y nivel de estudios, estimándose los riesgos relativos (RR) correspondientes. Igualmente, para obtener el cambio de la puntuación del índice de estilo de vida para cada enfermedad crónica respecto a la población sin la enfermedad, se elaboraron modelos de regresión lineal ajustados por edad (lineal y cuadrática), sexo y nivel de estudios. Las estimaciones fueron ponderadas mediante pesos muestrales para restablecer la proporcionalidad. Los análisis fueron realizados con Stata v.18 (StataCorp, College Station, Texas, U.S.), utilizando el módulo “survey data” para incorporar las características del diseño muestral complejo de las encuestas.

RESULTADOS

Del total de personas entrevistadas, el 18,0% declararon padecer al menos una de las enfermedades crónicas estudiadas, siendo la más frecuente la diabetes (7,7%), seguida del asma (4,3%), cáncer (3,8%) y EPOC (3,3%). Un 1,7% y 1,8% de los encuestados reportaron antecedentes de ictus o infarto de miocardio, respectivamente.

En la **tabla 1** se presentan las características sociodemográficas de la población adulta española ≥ 15 años, con y sin antecedentes de enfermedades crónicas en el periodo 2014-2020.

En las **tablas 2-4** se presenta las prevalencias de los factores de riesgo según la población con antecedentes de enfermedades crónicas que se describen a continuación.

Infarto de miocardio (tabla 2 y figura 1)

Un 13,4% (IC95%:11,3-15,8) de la población con antecedentes de infarto era actualmente fumadora. Respecto al consumo de alcohol, la mayoría de la población no lo consume o lo hace en cantidades bajas, y la población que tiene un consumo de riesgo disminuye a la mitad, 7,8% (IC95%:6,3-9,7) respecto a la población general.

La mayoría de los individuos realizaba un consumo insuficiente de frutas y verduras, y solo un 11,6% (IC95%:9,7-13,7) cumple la recomendación de consumir estos alimentos 5 o más veces al día. Por último, el sedentarismo fue muy prevalente, alcanzando el 50,5% (IC95%:47,4-53,6).

La puntuación del índice de estilo de vida, que sintetiza la agregación de factores de riesgo, fue de 4,9 (IC95%:4,8-5,0) en esta población.

Ictus (tabla 2)

En las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular, se observa que un 13,6% (IC95%:11,4-16,1) continuaba fumando. Respecto al consumo de alcohol, el 5,9% (IC95%:4,6-7,5) realizaba un consumo de alto riesgo. En cuanto a la dieta, los datos reflejan un patrón similar a la población con infarto de miocardio, donde la mayoría no alcanza el consumo recomendado de frutas y verduras, y solamente un 8,9% (IC95%:3,5-6,4) cumplía las recomendaciones. La prevalencia de sedentarismo en esta población fue del 55,8% (IC95%:52,7-59,0).

La puntuación del índice de estilo de vida fue de 4,8 (IC95%:4,7-4,9).

Diabetes (tabla 2)

Un 16,1% (IC95%:15,0-17,3) de la población diabética seguía consumiendo tabaco, y un 8,2% (IC95%:7,4-9,1) realizaban un consumo de alcohol de alto riesgo. Respecto a la dieta, comparado con la población general, los diabéticos tenían mejores hábitos en cuanto al consumo de frutas y verduras, estimando una adherencia a las recomendaciones del 11,2% (IC95%:10,2-12,2). Las personas con diabetes presentan altas prevalencias de sedentarismo, alcanzando un 50,3% (IC95%:48,7-52,0). Finalmente, la puntuación del índice de estilo de vida fue de 4,7 (IC95%:4,6-4,7).

EPOC (tabla 3)

Las personas con EPOC, mostraban una prevalencia de consumo de tabaco del 22,5% (IC95%:20,6-24,6), cifra ligeramente superior a la obtenida por la población general mayor de 40 años (21,9%). En cuanto al consumo de alcohol tenían un patrón similar a la población general, donde un 11,5% (IC95%:9,5-12,3) superaban los niveles de alto riesgo para la salud. El consumo de fruta y verdura inferior a 3 veces al día fue de un 53,7% (IC95%:51,5-56,0). Las personas con EPOC muestran las cifras más altas de sedentarismo alcanzando un 54,8% (IC95%:52,4-57,1). La puntuación del índice de estilo de vida fue de 5,3 (IC95%:5,2-5,4).

Asma (tabla 3)

Las personas con antecedentes de asma activo describen una distribución de estos factores de riesgo más parecidos a la observada en población general. La prevalencia de fumadores fue del 19,9% (IC95%:18,2-21,7), y un 11,6% (IC95%:10,3-13,0) eran bebedores de alto riesgo. Un 9,2% (IC95%:8,0-10,5) consumía fruta y verdura según las recomendaciones y el 41,8% (IC95%:39,6-44,0) eran sedentarios. La puntuación del índice de estilo de vida fue de 5,0 (IC95%:4,9-5,1).

Cáncer (tabla 4)

El 14,8% (IC95%:13,3-16,4) de las personas con antecedentes de cáncer eran fumadoras actuales, y un 9,9% (IC95%: 8,7-11,4) realizaban un consumo de alcohol de alto riesgo. Respecto al consumo de fruta y verdura el 49,8% (IC95%:47,6-51,9) no seguía las recomendaciones y un 12,1% (IC95%:10,8-13,5) ingería estos alimentos menos de 3 veces/día. Por último, los datos de actividad física reflejan un predominio del sedentarismo y baja actividad física con más del 86% de la población en estas dos categorías. Lo individuos con antecedentes de cáncer obtuvieron una puntuación de 4,7 (IC95%:4,6-4,8) en el índice de estilo de vida.

En la **Figura 1** se describe el RR de cada uno los factores de riesgo comparando la población que tiene estas enfermedades crónicas respecto a la población sin estos problemas de salud. Se observa de manera consistente que la presencia de antecedentes de cualquier enfermedad crónica se asocia con un mayor riesgo de presentar un comportamiento completamente sedentario. Este riesgo es particularmente elevado en individuos con antecedentes de ictus y EPOC, alcanzando un RR de 1,234 (1,168;1,305) y 1,259 (1,205;1,316), respectivamente. Además, en los individuos con EPOC el riesgo de consumo de tabaco es aún mayor estimando un RR de 1,438 (1,322;1,563) respecto a los individuos sin esta enfermedad. Por otro lado, se aprecia una disminución del riesgo de realizar un consumo de alcohol de riesgo en las enfermedades cardiometabólicas. Respecto al consumo insuficiente de fruta y verdura, en diabéticos e individuos con antecedentes de cáncer se observa una ligera reducción del riesgo.

En la **Figura 2** se presenta el cambio promedio de la puntuación del índice de estilo de vida en cada grupo de enfermedad crónica respecto a la población sin la enfermedad. Tener antecedentes de ictus o EPOC aumenta la puntuación promedio respecto a la población sin estas enfermedades crónicas, elevándola en 0,133 puntos (0,013;0,250) y 0,483 puntos (0,390;0,577), respectivamente. En cambio, los individuos con diabetes presentan una disminución significativa en la puntuación del índice, reduciendo el coeficiente en -0,248 puntos (-0,314;-0,181). Para los individuos con antecedentes de infarto, asma y cáncer no se encontraron diferencias significativas en la puntuación respecto a la población sin antecedentes de estas enfermedades.

DISCUSIÓN

Los principales resultados del estudio muestran que en una parte importante de los individuos con antecedentes de enfermedades crónicas persisten conductas de riesgo, como el consumo de tabaco y consumo excesivo de alcohol, una ingesta insuficiente de frutas y verduras, y un elevado grado de sedentarismo, lo que sugiere que estos factores siguen sin estar controlados de forma óptima en el marco de la prevención secundaria y terciaria de estas enfermedades.

Desde una perspectiva de prevención primaria, el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de discapacidad y mortalidad. Además, bajo una perspectiva de prevención secundaria, continuar fumando incrementa el riesgo 2,5 veces de tener eventos cardiovasculares recurrentes en enfermos con infarto de miocardio ²⁰, y este riesgo se reduce al de los no fumadores después de tres años de cesación ²¹. Abandonar este hábito también reduce un 36% el riesgo de mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria comparados con aquellos que continúan fumando ²². En nuestro estudio, la prevalencia de tabaquismo en personas con EPOC fue ligeramente superior a la observada en la población general, mientras que el consumo de tabaco en individuos con asma activo era similar al estimado para el conjunto de la población. Estos resultados son acordes a la literatura existente donde otras investigaciones poblacionales muestran en pacientes con EPOC cifras más altas de fumadores y niveles de consumo similares en individuos con asma activo ^{23,24}. Analizando los beneficios del abandono del tabaco en pacientes con EPOC, dejar de fumar sigue siendo la intervención más eficaz para ralentizar la progresión de la enfermedad. La cesación tabáquica mitiga la inflamación de las vías respiratorias, reduce la disnea, la tos y la frecuencia de las exacerbaciones, extendiéndose los beneficios más allá del sistema respiratorio (reduciendo el riesgo de otras enfermedades como la enfermedad cardiovascular, la diabetes y el cáncer de pulmón) ²⁵. Wang et al, aportan en su revisión resultados similares, mostrando beneficios significativos del abandono tabáquico en los pacientes con EPOC ²⁶.

Los datos de prevalencia de fumadores en individuos con antecedentes de cáncer son limitados y suelen centrarse en tipos específicos de cáncer, como el de pulmón, localización tumoral donde el tabaco es el principal factor de riesgo modificable. Dejar de fumar en el momento del diagnóstico aumenta la supervivencia de todos los tipos histológicos de cáncer de pulmón, con un incremento relativo global del 29%²⁷.

Los datos de prevalencia de fumadores en individuos con antecedentes de cáncer son limitados y suelen centrarse en tipos específicos de cáncer, como el de pulmón, localización tumoral donde el tabaco es el principal factor de riesgo modificable. Dejar de fumar en el momento del diagnóstico aumenta la supervivencia de todos los tipos histológicos de cáncer de pulmón, con un incremento relativo global del 29%²⁷.

El consumo de alcohol en cantidades consideradas de alto riesgo como las observadas en nuestro estudio, tiene efectos deletéreos tanto para las enfermedades cardiovasculares como numerosos tipos de cáncer, donde incluso el consumo de bajo riesgo tendría un efecto negativo desde una perspectiva de prevención primaria. En un plano de prevención secundaria o terciaria, el consumo excesivo de alcohol puede exacerbar los síntomas, complicar e interaccionar con los tratamientos, e incrementar el riesgo de tener efectos adversos para la salud^{28,29}. Además, en los individuos que han recibido un diagnóstico de cáncer, el consumo de alcohol incrementa el riesgo de tener un nuevo cáncer primario de la misma localización³⁰. En un estudio en California basado en registros de atención primaria donde se estudiaba la asociación del consumo de alcohol en diferentes enfermedades crónicas, observaron de forma similar a los resultados obtenidos en nuestro estudio, que las personas con asma, EPOC y cáncer realizaban un mayor consumo excesivo de alcohol (diario o semanal), mientras que aquellos pacientes con enfermedades cardiovasculares, especialmente con enfermedad cerebrovascular, mostraban la menor asociación³¹.

Una dieta equilibrada influye significativamente en el control de las enfermedades cardiovasculares, así como en los factores de riesgo como la obesidad, la hipercolesterolemia, la diabetes y la hipertensión. Una reciente revisión del efecto de la dieta mediterránea en la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares, concluye que en personas con antecedentes de estas enfermedades la adherencia a este tipo de dieta reduce el riesgo de tener nuevos eventos cardiovasculares severos, así como una disminución del riesgo de mortalidad cardiovascular y por todas

las causas³². La evidencia sobre el efecto de la dieta en la prevención secundaria del cáncer sigue siendo limitada. A pesar de ello, dado que es un factor de riesgo modificable para la incidencia de esta enfermedad, una dieta equilibrada se encuadra en las recomendaciones realizadas a los pacientes diagnosticados de cáncer³³.

La realización de actividad física es menor entre los adultos con enfermedades crónicas³⁴. Del mismo modo, se ha observado que esta población tiene un comportamiento sedentario elevado³⁵. Las directrices de la OMS sobre actividad física y sedentarismo recomiendan que los adultos con enfermedades crónicas realicen actividad física de forma regular y limiten el tiempo de sedentarismo para obtener beneficios para la salud³⁶. La actividad física tiene el potencial de reducir el riesgo de mortalidad en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, siendo descrita como una verdadera polipíldora para prevenir o tratar enfermedades crónicas con diferentes estrategias preventivas³⁷. Los beneficios de la actividad física sobre un menor riesgo de mortalidad en enfermos con patologías cardiometabólicas parece que son incluso superiores a los observados en la población general³⁸⁻⁴¹. Además, aunque no es fácil adaptar recomendaciones específicas dirigidas a estos enfermos crónicos, parece que la protección de las actividades de ligera intensidad también serían de mayor magnitud, lo que facilitaría en gran medida su cumplimiento^{38,39,41}. Respecto a los pacientes con cáncer, estudios longitudinales han demostrado que la actividad física después del diagnóstico se asocia con un menor riesgo de recurrencia del cáncer de mama, colorrectal, próstata y ovario, y una reducción de la mortalidad global⁴².

Finalmente, las puntuaciones observadas en el índice de estilo de vida, que mide coexistencia de factores de riesgo teniendo también en cuenta categorías de intensidad de cada variable, fue superior (menos saludable) en EPOC y asma, y menor (más saludable) en las otras enfermedades estudiadas. No obstante, las puntuaciones registradas en los enfermos cardiometabólicos y diagnosticados con cáncer sigue siendo muy elevada. En posteriores estudios sería interesante conocer los patrones de agregación de factores de riesgo para valorar y orientar estrategias de intervención multifactoriales.

Para la correcta interpretación de los resultados habría que tener en cuenta ciertas limitaciones del estudio. La más importante de ellas es que la información ha sido recogida mediante cuestionario. El error de clasificación del reporte autodeclarado de enfermedades varía según el problema de salud estudiado, pero, en general, se ha observado una buena concordancia con los registros administrativos, con altos valores de especificidad y más moderados de sensibilidad⁴³. Respecto a los factores de riesgo, la información autodeclarada tiene una buena validez para el tabaco⁴⁴; en el caso del alcohol se produce una subestimación del consumo, especialmente en los bebedores excesivos y en aquellos que consumen de manera infrecuente⁴⁵ using the nationally-representative Health Survey for England (HSE; respecto al consumo de fruta y verdura los cuestionarios breves como el utilizado en el estudio tienen una aceptable validez⁴⁶; mientras que la actividad física autorreportada tiende a sobreestimar la actividad física e infraestimar el tiempo sedentario⁴⁷).

Las fortalezas del estudio se centran principalmente en que se trata de una muestra representativa de la población española, con un amplio tamaño muestral que permite realizar estimaciones con suficiente poder estadístico para cada una de las enfermedades crónicas estudiadas.

CONCLUSIONES

Una gran mayoría de individuos con antecedentes de enfermedades crónicas tiene estilos de vida poco saludables como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol de alto riesgo, una dieta desequilibrada y el sedentarismo, lo que repercute negativamente en el control y manejo de estas enfermedades. Los profesionales sanitarios tienen, por tanto, una oportunidad única de ofrecer a sus pacientes intervenciones integrales que vayan más allá de los tratamientos farmacológicos incluyendo modificaciones del estilo de vida. Desde el punto de vista de salud pública, se necesitan programas de prevención secundaria y terciaria que aborden de forma efectiva estos comportamientos en los pacientes crónicos, con el fin de reducir el riesgo de nuevos eventos, el agravamiento y/o recaídas de la enfermedad, ganando años de supervivencia con una mejora en su calidad de vida.

Descargo de responsabilidad

Este artículo presenta una investigación independiente. Las opiniones expresadas son las de los autores y no necesariamente las del Instituto de Salud Carlos III.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lazarus JV, Ortiz A, Tyrovolas S, Fernández E, Guy D, White TM, et al. A GBD 2019 study of health and Sustainable Development Goal gains and forecasts to 2030 in Spain. *Sci Rep*. 7 de diciembre de 2022;12(1):21154.
2. Peters R, Ee N, Peters J, Beckett N, Booth A, Rockwood K, et al. Common risk factors for major noncommunicable disease, a systematic overview of reviews and commentary: the implied potential for targeted risk reduction. *Ther Adv Chronic Dis*. enero de 2019;10:2040622319880392.
3. World Health Organization [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
4. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *Int J Cancer*. enero de 2008;122(1):155-64.
5. Jun S, Park H, Kim UJ, Choi EJ, Lee HA, Park B, et al. Cancer risk based on alcohol consumption levels: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Health*. 16 de octubre de 2023;45:e2023092.
6. Ma S, Zhang Y, Xie S, Li X, Chen R, Wang S, et al. Balanced diet quality and risk of upper gastrointestinal cancers: Insights from a prospective cohort study in China. *Int J Cancer*. 10 de marzo de 2025;ijc.35402.
7. Jochem C, Wallmann-Sperlich B, Leitzmann MF. The Influence of Sedentary Behavior on Cancer Risk: Epidemiologic Evidence and Potential Molecular Mechanisms. *Curr Nutr Rep*. septiembre de 2019;8(3):167-74.
8. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. septiembre de 2004;364(9438):937-52.
9. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet*. agosto de 2016;388(10046):761-75.
10. Tinajero MG, Malik VS. An Update on the Epidemiology of Type 2 Diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am*. septiembre de 2021;50(3):337-55.
11. Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al. Alcohol as a Risk Factor for Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 1 de noviembre de 2009;32(11):2123-32.
12. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
13. Álvarez-Gutiérrez FJ, Blanco-Aparicio M, Signes-Costa Miñana J, Pastor-Esplá E, García-Rivero JL, Soto-Campos JG, et al. Documento de consenso sobre asma y tabaquismo del Foro Autonómico de Asma de la SEPAR. *Adicciones*. 15 de junio de 2021;35(1):67-84.
14. Polosa R, Thomson NC. Smoking and asthma: dangerous liaisons. *Eur Respir J*. marzo de 2013;41(3):716-26.
15. Torén K, Ekerljung L, Kim JL, Hillström J, Wennergren G, Rönmark E, et al. Adult-onset asthma in west Sweden – Incidence, sex differences and impact of occupational exposures. *Respir Med*. noviembre de 2011;105(11):1622-8.
16. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Metodología [Internet]. Madrid; p. 64. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_Metodologia.pdf
17. Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2020. Metodología [Internet]. p. 66. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/Metodologia_EESE_2020.pdf
18. Ministerio de Sanidad. Límites de consumo de bajo riesgo de alcohol [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/limiteConsumoBajoRiesgo.htm>

19. Ortiz C, López-Cuadrado T, Ayuso-Álvarez A, Rodríguez-Blázquez C, Galán I. Co-occurrence of behavioural risk factors for non-communicable diseases and mortality risk in Spain: a population-based cohort study. *BMJ Open*. 25 de enero de 2025;15(1):e093037.
20. Rallidis LS, Pavlakis G. The fundamental importance of smoking cessation in those with premature ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Curr Opin Cardiol*. septiembre de 2016;31(5):531-6.
21. Rea TD, Heckbert SR, Kaplan RC, Smith NL, Lemaitre RN, Psaty BM. Smoking status and risk for recurrent coronary events after myocardial infarction. *Ann Intern Med*. 17 de septiembre de 2002;137(6):494-500.
22. Critchley JA, Capewell S. WITHDRAWN: Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 de febrero de 2012;2012(2):CD003041.
23. Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. *Thorax*. 1 de diciembre de 2006;61(12):1043-7.
24. Vozoris NT, Stanbrook MB. Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma. *Respir Med*. marzo de 2011;105(3):477-84.
25. Cotea AA, Tirnoveanu A, Malaescu AN, Florescu AR, Eremia M, Mih-I-an FD, et al. The Benefits of Smoking Cessation on Patients with COPD – A Narrative Review. *Intern Med*. 1 de diciembre de 2024;21(4):103-25.
26. Wang Z, Qiu Y, Ji X, Dong L. Effects of smoking cessation on individuals with COPD: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 11 de diciembre de 2024;12:1433269.
27. Caini S, Del Riccio M, Vettori V, Scotti V, Martinoli C, Raimondi S, et al. Quitting Smoking At or Around Diagnosis Improves the Overall Survival of Lung Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer*. mayo de 2022;17(5):623-36.
28. Miller PM, Anton RF, Egan BM, Basile J, Nguyen SA. Excessive alcohol consumption and hypertension: clinical implications of current research. *J Clin Hypertens Greenwich Conn*. junio de 2005;7(6):346-51.
29. Munukutla S, Pan G, Deshpande M, Thandavarayan RA, Krishnamurthy P, Palaniyandi SS. Alcohol Toxicity in Diabetes and Its Complications: A Double Trouble? *Alcohol Clin Exp Res*. abril de 2016;40(4):686-97.
30. Nielsen SF, Nordestgaard BG, Bojesen SE. Associations between first and second primary cancers: a population-based study. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicales Can*. 10 de enero de 2012;184(1):E57-69.
31. Sterling SA, Palzes VA, Lu Y, Kline-Simon AH, Parthasarathy S, Ross T, et al. Associations Between Medical Conditions and Alcohol Consumption Levels in an Adult Primary Care Population. *JAMA Netw Open*. 1 de mayo de 2020;3(5):e204687.
32. Laffond A, Rivera-Picón C, Rodríguez-Muñoz PM, Juárez-Vela R, Ruiz De Viñaspre-Hernández R, Navas-Echazarrera N, et al. Mediterranean Diet for Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease and Mortality: An Updated Systematic Review. *Nutrients*. 28 de julio de 2023;15(15):3356.
33. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 7 de septiembre de 2021;42(34):3227-337.
34. Brawner CA, Churilla JR, Keteyian SJ. Prevalence of Physical Activity Is Lower among Individuals with Chronic Disease. *Med Sci Sports Exerc*. junio de 2016;48(6):1062-7.
35. Vancampfort D, Stubbs B, Koyanagi A. Physical chronic conditions, multimorbidity and sedentary behavior amongst middle-aged and older adults in six low- and middle-income countries. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 27 de octubre de 2017;14(1):147.
36. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. World Health Organization; 2020. viii, 93 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>
37. Pareja-Galeano H, Garatachea N, Lucia A. Exercise as a Polypill for Chronic Diseases. *Prog Mol Biol Transl Sci*. 2015;135:497-526.
38. Cao Z, Min J, Hou Y, Si K, Wang M, Xu C. Association of accelerometer-derived physical activity with all-cause and cause-specific mortality among individuals with cardiovascular diseases: a prospective cohort study. *Eur J Prev Cardiol*. 6 de enero de 2025;32(1):20-9.
39. Jeong SW, Kim SH, Kang SH, Kim HJ, Yoon CH, Youn TJ, et al. Mortality reduction with physical activity in patients with and without cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 14 de noviembre de 2019;40(43):3547-55.

40. Dai J, Dai W, Li WQ. Association of Muscle-Strengthening and Aerobic Physical Activity With All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality in U.S. Adults With Diabetes. *Eur J Prev Cardiol.* 6 de febrero de 2025;zwaf061.
41. Freene N, Lönn A, Carroll S, Niyonsenga T, Bauman A, Gallagher R, et al. Dose-Response Independent and Joint Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior With Mortality Risk in 40 156 Australian Adults With Coronary Heart Disease. *J Am Heart Assoc.* 5 de noviembre de 2024;13(21):e035803.
42. Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J, Courneya KS, Schwartz AL, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin.* 2012;62(4):243-74.
43. Jensen HAR, Lau CJ, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Agreement between self-reported diseases from health surveys and national health registry data: a Danish nationwide study. *J Epidemiol Community Health.* febrero de 2023;77(2):116-22.
44. Connor Gorber S, Schofield-Hurwitz S, Hardt J, Levasseur G, Tremblay M. The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* enero de 2009;11(1):12-24.
45. Boniface S, Kneale J, Shelton N. Drinking pattern is more strongly associated with under-reporting of alcohol consumption than socio-demographic factors: evidence from a mixed-methods study. *BMC Public Health.* 18 de diciembre de 2014;14:1297.
46. Kim DJ, Holowaty EJ. Brief, validated survey instruments for the measurement of fruit and vegetable intakes in adults: a review. *Prev Med.* abril de 2003;36(4):440-7.
47. McLaughlin M, Atkin AJ, Starr L, Hall A, Wolfenden L, Sutherland R, et al. Worldwide surveillance of self-reported sitting time: a scoping review. *Int J Behav Nutr Phys Act [Internet].* diciembre de 2020. Disponible en: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-020-01008-4>

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población adulta española ≥ 15 años con y sin antecedentes de enfermedades crónicas, período 2014-2020.

		No infarto	Infar- to	No ictus	Ictus	No diabe- tes	Dia- betes	No EPOC	EPOC	No asma	Asma	No cáncer	Cán- cer
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
N		65.921	1.530	66.069	1.382	61.142	6.309	47.592	2.831	64.373	3.078	64.365	3.086
Sexo	Hombre	48,2	71,7	48,6	53,6	48,4	52,1	48,6	50,5	49,0	41,2	49,0	41,2
	Mujer	51,8	28,3	51,4	46,4	51,6	47,9	51,4	49,5	51,0	58,8	51,0	58,2
Edad media (sd)		48,0 (18,7)	70,0 (13,7)	48,1 (18,7)	70,0 (16,7)	46,8 (18,2)	67,0 (15,5)	47,8 (18,6)	67,8 (15,0)	48,4 (18,8)	48,8 (20,7)	47,8 (18,7)	65,0 (15,5)
Nivel educa- tivo	Primarios o menos	26,1	57,4	26,1	61,8	24,0	58,8	25,6	57,0	26,4	31,8	26,0	44,9
	Secun- darios 1ª etapa	24,9	17,3	25,0	14,3	25,4	17,4	25,0	17,6	24,9	23,2	25,0	18,5
	Secun- darios 2ª etapa	29,6	15,5	29,6	13,2	30,5	15,3	29,8	16,1	29,4	27,1	29,7	19,8
	Universi- tarios	19,4	9,8	19,3	10,7	20,1	8,5	19,6	9,2	19,3	17,9	19,3	16,8

Tabla 2. Prevalencia de factores de riesgo en la población española ≥ 15 años con antecedentes de enfermedad cardiometabólica, período 2014-2020

		Infarto			Ictus			Diabetes		
Factor de riesgo		n	Preva- lencia	IC95%	n	Prevalen- cia	IC95%	n	Preva- lencia	IC95%
			%			%			%	
Tabaco	No fumador	620	36,4	(33,6-39,4)	734	49,7	(46,5-52,9)	3.284	49,5	(47,9-51,0)
	Exfumador	717	50,2	(47,1-53,3)	480	36,7	(33,8-39,8)	2.098	34,4	(33,0-35,9)
	Fumador	193	13,4	(11,3-15,8)	168	13,6	(11,4-16,1)	927	16,1	(15,0-17,3)
Alcohol	No bebedor/ exbebedor	1.023	67,1	(64,1-69,9)	1.039	76,0	(73,2-78,6)	4.440	69,6	(68,2-71,0)
	Bebedor de bajo riesgo	389	25,1	(22,6-27,8)	256	18,1	(15,8-20,7)	1.353	22,1	(20,9-23,4)
	Bebedor de alto riesgo	118	7,8	(6,3-9,7)	87	5,9	(4,6-7,5)	516	8,2	(7,4-9,1)
Fruta y verdura	≥ 5 veces/día	175	11,6	(9,7-13,7)	144	8,9	(7,3-10,7)	683	11,2	(10,2-12,2)
	≥ 3 y < 5 veces/ día	509	34,2	(31,3-37,2)	503	36,7	(33,7-39,9)	2.388	38,2	(36,6-39,8)
	< 3 veces/día	846	54,2	(51,1-57,2)	735	54,4	(51,2-57,5)	3.238	50,6	(48,9-52,3)
Activi- dad fí- sica en tiempo libre	Alta	87	5,7	(4,4-7,4)	55	4,8	(3,5-6,4)	295	5,3	(4,6-6,1)
	Media	47	3,0	(2,1-4,1)	59	4,2	(3,1-5,7)	245	4,4	(3,8-5,0)
	Baja	615	40,9	(37,9-43,9)	489	35,2	(32,2-38,3)	2.596	40,0	(38,5-41,6)
	Sedentario	784	50,5	(47,4-53,6)	779	55,8	(52,7-59,0)	3.173	50,3	(48,7-52,0)
Índice de es- tilo de vida*	(0-12 puntos)	1.530	4,9	(4,8-5,0)	1.382	4,8	(4,7-4,9)	6.309	4,7	(4,6-4,7)

*Puntuación media (0 más saludable, 12 menos saludable)
IC: intervalo de confianza

Tabla 3. Prevalencia de factores en la población española con antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, período 2014-2020

Factor de riesgo		EPOC**			Asma activo**		
		n	Prevalencia %	IC95%	n	Prevalencia %	IC95%
Tabaco	No fumador	1.183	39,5	(37,3-41,8)	1.675	54,1	(51,9-56,2)
	Exfumador	1.048	37,9	(35,8-40,2)	841	26,0	(24,3-27,9)
	Fumador	600	22,5	(20,6-24,6)	562	19,9	(18,2-21,7)
Alcohol	No bebedor/exbebedor	1.799	63,2	(61,0-65,3)	2.060	66,4	(64,3-68,4)
	Bebedor de bajo riesgo	690	25,3	(23,4-27,3)	674	22,1	(20,4-23,9)
	Bebedor de alto riesgo	342	11,5	(10,2-13,0)	344	11,6	(10,3-13,0)
Fruta y verdura	≥ 5 veces/día	315	10,8	(9,5-12,3)	279	9,2	(8,0-10,5)
	≥ 3 y < 5 veces/día	984	35,5	(33,3-37,6)	951	29,1	(27,1-31,0)
	< 3 veces/día	1.532	53,7	(51,5-56,0)	1.848	61,8	(59,6-63,9)
Actividad física en tiempo libre	Alta	112	4,0	(3,2-4,9)	339	13,2	(11,7-14,8)
	Media	123	4,0	(3,2-5,0)	294	11,0	(9,7-12,5)
	Baja	1.040	37,2	(35,0-39,5)	1.070	34,0	(31,9-36,1)
	Sedentario	1.556	54,8	(52,4-57,1)	1.375	41,8	(39,6-44,0)
Índice de estilo de vida*	(0-12 puntos)	2.831	5,3	(5,2-5,4)	3.078	5,0	(4,9-5,1)

*Puntuación media (0 más saludable, 12 menos saludable)

**EPOC (≥ 40 años), asma (≥ 15 años)

IC: intervalo de confianza

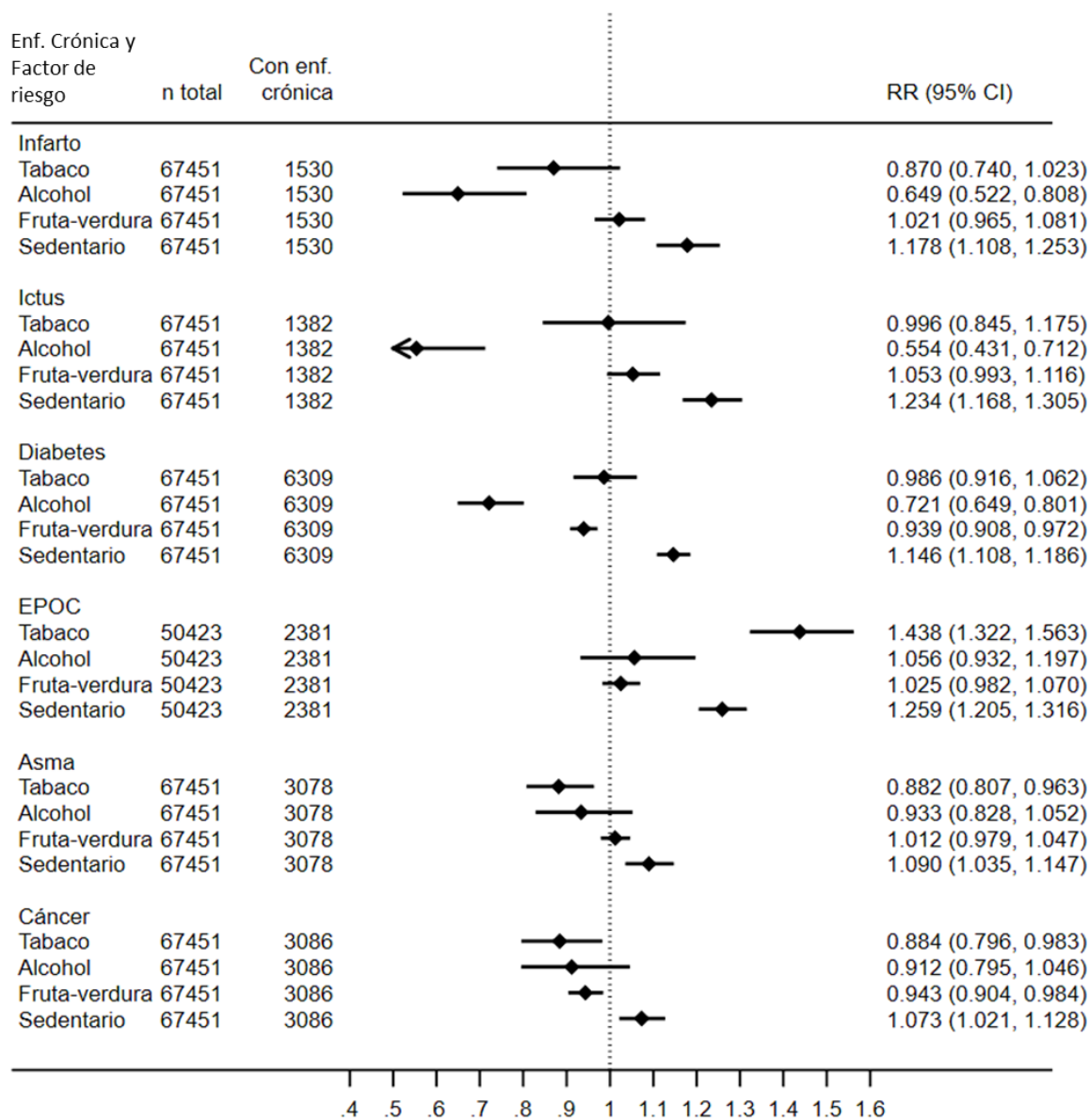
Tabla 4. Prevalencia de factores de riesgo en la población española ≥15 años con antecedentes de cáncer, período 2014-2020

Factor de riesgo		Cáncer		
		n	Prevalencia %	IC95%
Tabaco	No fumador	1.561	48,4	(46,3-50,6)
	Exfumador	1.098	36,8	(34,8-38,9)
	Fumador	427	14,8	(13,3-16,4)
Alcohol	No bebedor/exbebedor	2.054	66,4	(64,3-68,4)
	Bebedor de bajo riesgo	718	23,7	(21,9-25,5)
	Bebedor de alto riesgo	314	9,9	(8,7-11,4)
Fruta y verdura	≥ 5 veces/día	397	12,1	(10,8-13,5)
	≥ 3 y < 5 veces/día	1.184	38,2	(36,1-40,3)
	< 3 veces/día	1.505	49,8	(47,6-51,9)
Actividad física en tiempo libre	Alta	201	7,3	(6,2-8,6)
	Media	198	6,6	(5,6-7,7)
	Baja	1.291	40,4	(38,3-42,6)
	Sedentario	1.396	45,7	(43,6-47,9)
Índice de estilo de vida*	(0-12 puntos)	3.086	4,7	(4,6-4,8)

*Puntuación media (0 más saludable, 12 menos saludable)

IC: intervalo de confianza

Figura 1. Comparación de los factores de riesgo en la población ≥ 15 años* con y sin la enfermedad crónica, período 2014-2020.



IC: intervalo de confianza

*Excepto EPOC ≥ 40 años

RR estimados mediante modelos de regresión de Poisson ajustados por edad, sexo y nivel de estudios. Categoría de referencia: población sin la enfermedad crónica

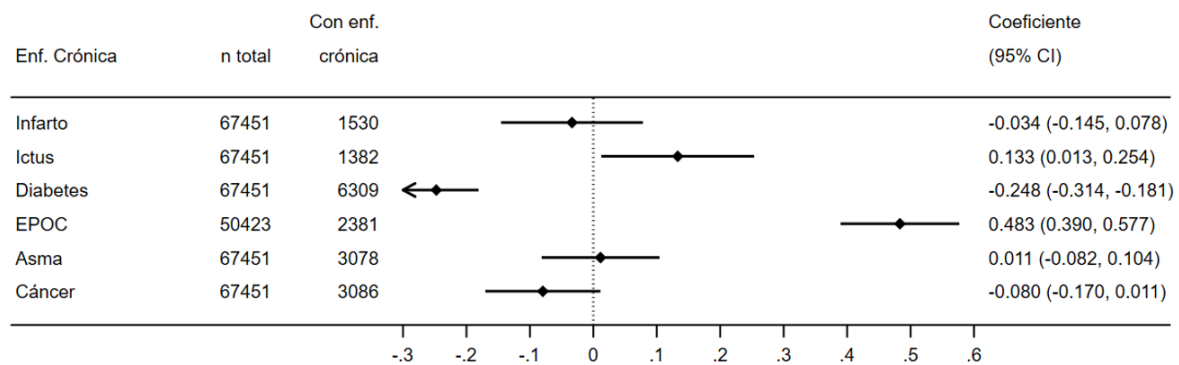
Tabaco: fumador actual (sí/no)

Alcohol: bebedor de alto riesgo (sí/no)

Fruta y verdura: < 3 veces/día (sí/no)

Actividad física: sedentario (sí/no)

Figura 2. Comparación de la puntuación del índice de estilo de vida en la población ≥ 15 años* con y sin la enfermedad crónica, período 2014-2020.



*Excepto EPOC ≥ 40 años

Coefficientes estimados mediante modelos de regresión lineal ajustados por edad, sexo y nivel de estudios. Categoría de referencia: población sin la enfermedad crónica